

HOOFDSTUK 1

**OVER
ZWANGERSCHAP,
MISKRAAM,
BEVALLING**

*“Dit is een relaas van zwangerschappen
en miskramen, van gezwollen, vocht, leven
en vergankelijkheid.”*

Dagboekfragment 31 januari 2021

ZWANGERSCHAPSVERLIES

Er wordt weleens beweerd dat er veel bindtekens zijn tussen geboorte en dood. Een bevallende vrouw krijgt tijdens de arbeid, net voordat het kind ter wereld komt, een forse adrenalinepiek. Hetzelfde gebeurt bij de stervende, een laatste energiestoot kenmerkt de momenten voorafgaand aan het heengaan. Geboorte en dood zijn fundamentele limieten van het zijn. Je begint als mens te leven eens je geboren wordt, maar op een gegeven moment zul je ook sterven. De vraag is hoeveel tijd er tussen die twee punten zal liggen.

Hector had nauwelijks tijd. Hij bestond langer in me dan buiten me. Hij werd verwekt, enkele weken nadat we een zwangerschap verloren waren. Op het moment dat het dode vruchtje ter grootte van een forse golfbal mijn lichaam verliet, had ik me niet kunnen inbeelden dat ik een paar weken later niet alleen zou toelaten, maar zelfs zou willen dat we vreeën. De natuur is vastberaden.

Ik minimaliseerde de ervaring van een vroeg zwangerschapsverlies niet. Maar ik heb het ook nooit groter gemaakt dan wat het op dat moment in mijn leven voor me betekende. Ik had geen vruchtbaarheidsproblemen en wist dat 'een miskraam'¹ iedereen kon overkomen. De voorgaande jaren was de sluier van het taboe dat op vroeg zwangerschapsverlies rustte al enigszins opgetild. Bekende wereldburgers vertrouwden het ons toe in interviews of posts op sociale media. Het relaas van haar miskraam en fertiliteitsproblemen was een van de meest ophefmakende fragmenten uit Michelle Obama's boek *Becoming*. Occasioneel hoorde ik via vriendinnen of kennissen dat iemand uit mijn omgeving een zwangerschap was verloren. Zelf had ik een vriendin bijgestaan tijdens een miskraam. Ik zie

nog voor me hoe ik haar een plastic containertje toestak zodat ze het vruchtje kon opvangen.

Toen het mij overkwam, voelde ik me door al die gedeelde ervaringen gestut. Het was niet mijn schuld, het was simpelweg iets dat een op de zes vrouwen trof. Er was niets dat ik had kunnen doen om dit te voorkomen. Af en toe werd daar onhandig aan toegevoegd dat het 'beter was dat de natuur in dit vroege stadium besliste in plaats van later, als het kind al geboren was'.

Wanneer we het over een miskraam hebben, is dat meestal al achter de rug. Het is een abstract gegeven: eerst was er iets, en plots is het weg. Hoe dat precies gebeurt, is onduidelijk. Waar we niet over spreken, en waar ik niet op voorbereid was, is het wachten op een zwangerschapsverlies (of een *missed abortion* in medische vaktaal), waarbij een niet-levensvatbare vrucht nog niet uit zichzelf naar buiten is gekomen.

Een vroege interventie, een echo op zeven weken ('om te zien of alles in orde is'), heeft ertoe geleid dat ik twee weken lang wist dat ik een dode vrucht in mijn buik droeg. Meteen na de vaststelling dat er geen hartslag was – ik lag nog met m'n benen wijd open – werden me de mogelijkheden tot vruchtafdrijving gepresenteerd: vaginale medicatie of curettage. Het enige dat ik nog kon stamelen, was dat ik het niet wist. Ik vroeg bedenktijd, en die werd me gegund. Eventjes. Nooit nog zal ik in de wachtzaal de blikken kruisen met andere vrouwen die de onderzoekskamer verlaten.

Ik legde deze periode vast in mijn dagboek, iets minder dan een jaar voor Hectors geboorte:

31 JANUARI 2021: Twee dagen geleden kwam het verdict: 'er is geen hartslag te zien'. Ik had meer dan een uur gewacht in de wachtzaal in de kelderverdieping van het ziekenhuis waar A. geboren is, anderhalf jaar eerder. Het wachten was al anders dan bij de consultaties toen het prille leventje dat hij was, bekeken werd. Toen was ik nerveus. Maar had ik een gevoel van vertrouwen.

4 FEBRUARI: Wachten op een miskraam is absurd. Voordat vrouwen drie echo's per zwangerschap kregen, bestond dat niet, 'wachten op een miskraam'. Ja, er was voorgevoel, instinct, het afnemen van de misselijkheid en de gevoeligheid van de borsten. Een vermoeden, dat slechts door bloedverlies werd bevestigd. Ik zit in een steriel vacuüm, schone, intacte baarmoeder met dode vrucht, de tijd staat stil. Ik beeld me de binnenkant van m'n baarmoeder in als een oude filmscene in de Midwest: enkele rode rotsformaties, een guur maar warm windje, tumbleweeds die voorbijbolderen. En voor de rest niets. Leegte en stilte.

5 FEBRUARI: Bij elke lichte buikkramp hoop en vrees ik. Ik wil het weg. Maar ik weet niet wat er komt.

6 FEBRUARI: Een paar jaar geleden zat ik te wachten op de spoeddienst van het ziekenhuis. Ik herinner me dat er een vrouw binnenkwam die een vuilniszak in haar handen geklemd hield. Ze spreidde de zak uit op de stoel in de wachtzaal en ging erop zitten. Dat moest een miskraam zijn. De vrouw zag er al wat ouder uit. Misschien zie ik er nu ook zo uit.

8 FEBRUARI: De dag [van het toedienen van de medicatie die de afdrijving opwekt] nadert. Ik weet niet wat ik ga doen en wat ik moet doen. Ik voel me sterk, op een zwakke manier. De zwakkeling die haar leed moedig draagt. Hoe absurd het ook is, ik hoop af en toe dat er een fout is gemaakt. Ook al schreeuwt m'n lijf dat wat in me zit dood is. Ik weet het.

11 FEBRUARI: Morgen is het zover. Dan krijg ik hoogstwaarschijnlijk een miskraam. Ik merk dat ik met zwarte humor uiting probeer te geven aan m'n angst: dat er veel bloed en veel pijn zal zijn, en een kans, hoe klein ook, op de dood.

Ik ben bang, maar klaar.

12 FEBRUARI: Het miskraam – of althans het bloeden – is vandaag eindelijk op gang gekomen. Een kleine week na de start met die rotmedicatie, en 24 uur na de sessie voetreflexologie. Ik ben opgelucht dat er iets gebeurt.

14 FEBRUARI: op 12 februari omstreeks 17 u ben ik bevallen, ongeveer 30 weken te vroeg, van een klein embryo in een vruchtzakje, zo'n 3 cm groot. Ik heb het niet gezien, wel gevoeld. Heel bevreemdend en intens, zelfs voor iemand die al een bevalling van een volgroeide baby achter de rug heeft. Mama was er. Mama is er altijd. K., stil, eerder op de achtergrond, zorgt ervoor dat alles blijft draaien. En A. is m'n zon en m'n maan, hij is mij, hij bruist en leeft en geeft. Sinds het miskraam achter de rug is, is hij weer zichzelf. En ik ook. Het wachten is voorbij.

Minder dan een jaar later zou ik opnieuw zitten wachten, op de dood van mijn kind. Twee keer wachten, op vergankelijkheid, op bloed, op het wegvloeien van leven zodat het leven verder kan gaan. Twee keer wachten op een aangekondigde dood, die zich nog definitief moet voltrekken. Die eerste keer spoelde ik het toilet door. Onze niet-levensvatbare genenpoel vermengde zich met het rioolwater. De tweede keer had ik het gevoel dat ik m'n kind achterliet.

*

‘De natuur kan ongenadig zijn’, zegt mijn papa, bioloog van vorming. ‘Een stofwisselingsziekte die pas ná de geboorte haar ware gelaat toont. Dat maakt het extra cynisch. Een miskraam op zich is al erg genoeg. Maar een op eerste gezicht doodnormaal, maar niet-levensvatbaar kind laten geboren worden, dat is van een onvoorstelbare wreedheid.’

Ik slik met moeite het stukje kabeljauw door dat we eten in het eerste restaurant waar ik sinds Hectors overlijden naar binnen kan wandelen. Schijnbaar beheerst leg ik mijn bestek neer, terwijl de tranen over m'n wangen rollen. Ik begrijp wat mijn vader probeert te zeggen, maar dat hoeft niet eens. Ik hoef niets of niemand te begrijpen. ‘Hector is geboren, hij was er, hij is mijn kindje’, snik ik, terwijl ik de ontredde ogen in mijn vaders ogen zie toenemen.

Had Hectors bestaan vermeden kunnen worden? Was er sprake van ontoreikende prenatale diagnostiek? Die vraag had mijn gynaecoloog zich ook gesteld tijdens de routinecontrole zes weken na de bevalling, zonder baby. Ze had geweend, en zich hiervoor verontschuldigd. ‘Ik waardeer je tranen’, had ik grootmoedig gezegd. Ik vond het een oprecht teken van medeleven.

Mijn gynaecoloog had overlegd met een geneticus, om na te gaan of ze iets over het hoofd had gezien tijdens de zwangerschap. Die geneticus had bevestigd dat de uiterst zeldzame stofwisselingsziekte niet op te sporen was, ze wisten immers niet waarnaar ze moesten zoeken. Ik had moeite om me in dezelfde dimensie van het gesprek te begeven als die waar de gynaecoloog in zat. Had ik gewild dat Hector geaborteerd werd, waren ze wel in staat geweest de ziekte te detecteren? Ik hoef die vraag niet te beantwoorden, want wat ben ik met om het even welk antwoord?

OVER BEVALLEN

Ik bekijk mezelf van bovenaf, in die ziekenhuiskamer op de materniteit. Borsten die op springen staan, van dikke, blauwe aders doorlopen. Het kraamverband dat bijeengehouden wordt door een wegwerponderbroek. Mijn teennagels, knalrood gelakt (het zicht van lelijke voeten in bevallingsbeugels is weinig bevorderlijk voor een vlotte bevalling). Zalf tegen tepelkloven, naast een mondmasker, een plastic bekertje water, mijn gsm. Mijn lief die op de slaapbank aan het ronken is, dromend van onze thuiskomst op kerstavond. En Hector, mijn boreling. Vanuit dit perspectief zie ik de opgedroogde klievers bloed die in zijn nog puntige kruin zijn samengekoekt. Zijn gerimpelde handje met scherpe nageltjes rust op mijn borst. Hij heeft eindelijk kleren aan, na zo'n etmaal 'kangoeroeën', zoals nu zo belangrijk wordt geacht. We waren gewoonweg de zak met babykleertjes thuis vergeten. Alsof dat al een eerste teken was van het onheil dat ons te wachten stond.

*

In vrouwenlichamen zijn geboorte en dood altijd fundamenteel met elkaar verstrengeld geweest. Nog niet zo lang geleden hield bevallen bij ons een reële kans op sterven in. Daar getuigen de zwangerschapsporetten van welgestelde dames van, als laatste beeld voor mocht het misgaan. Vroedvrouwen stonden er in hun gemeenschap altijd al om bekend niet alleen bevallingen te begeleiden, maar ook mensen tijdens hun laatste uren bij te staan en de lijktooi te verzorgen.²

Wereldwijd sterft de dag van vandaag elke twee minuten een moeder tijdens de zwangerschap of bevalling, aan iets wat voorkomen had kunnen worden. Dat zijn zo'n 800 vrouwen per dag,

iedere dag opnieuw.³ In sommige regio's zien we zelfs een stijging van de moedersterfte. Moedersterfte is gelinkt aan de mate waarin gezondheidszorg betaalbaar, toegankelijk en kwaliteitsvol is.

*'Een vrouw moet meer dan eens worden bevrucht: moederschap is voor haar niet alleen een maatschappelijke functie, maar ook een natuurlijke. Haar volledige fysieke en morele ontwikkeling is het normale gevolg van het vervullen van die functie. (...) Indien een vrouw dus van een gezond egoïsme blijk geeft, dan zal ze veel kinderen krijgen om zich in perfecte gezondheid te houden.'*⁴

Dit propageerde de *Société Royale de Médecine Publique de Belgique* in 1910. Dit natalistisch denken verminderde midden vorige eeuw, en daar ben ik in naam van alle vrouwen opgelucht over. De toenemende welvaart, de wetenschappelijke vooruitgang en de uitbreiding van onze verzorgingsstaat zorgde voor een drastische terugloop van de moedersterfte. Feministische bewegingen ijverden voor een betere medische opvolging tijdens de zwangerschap en na de bevalling, vooral voor vrouwen die zich in een moeilijke situatie bevonden. Het resultaat van die belangrijke ontwikkelingen is dat in ons land jaarlijks nog zeven moeders per 100.000 levendgeborenen overlijden.⁵

Bij aanvang van een zwangerschap bij de zogenaamde westerse vrouw geldt de uitgerkende datum als absoluut ijkpunt. De opvolging van de zwangerschap gebeurt rigoureuus. In een vroeg stadium kan een transvaginale echografie uitgevoerd worden, waarbij een stevige sonde in de vagina geschoven wordt. Soms wordt enkele weken later een vruchtwaterpunctie of vlokken-test uitgevoerd, waarbij een naald in de buik (dwars door huidvet-spier-baarmoeder) wordt geprikt om vruchtwater of vlokjes van de placenta op te zuigen. Ook de NIP-test velst een zo goed als sluitend oordeel over de eventuele aanwezigheid van zware

genetische afwijkingen en van het syndroom van Down bij de foetus. Er volgen meerdere echo's, met als doel controle te geven aan zorgverleners en ouders, wat meestal gelijkstaat aan geruststelling. Tegelijk geven deze interventies een vals gevoel van veiligheid. Voor de veelheid aan rampscenario's die zich kunnen voltrekken, zullen nooit genoeg tests bestaan (en gelukkig maar). Voor sommige ouders stijgt het angstgevoel recht evenredig met het aantal interventies: hoe meer je gaat controleren, hoe meer je je er bewust van wordt hoeveel er kan misgaan, en wat je allemaal niet kunt controleren.

Wie in onze maatschappij op het punt staat te bevallen, heeft waarschijnlijk nog nooit een bevalling van dichtbij aanschouwd. Bizar, als je weet dat ongeveer vier op de vijf vrouwen tijdens hun leven een kind op de wereld zullen zetten. Ik heb hard gezocht naar een vergelijking om te illustreren hoe het is om zwanger te zijn en te bevallen zonder lijfelijk te weten wat dat inhoudt, maar ik vond er geen. Ik heb moeite om de ervaring in woorden te vatten. Als ik het reduceer tot wat het in essentie is, zonder er al te bombastische en metafysische taal aan op te hangen, dan kom ik tot het volgende: zwanger zijn en bevallen is een nieuw mens in je eigen lichaam creëren, waar het kan volgroeien dankzij een symbiotisch bestaan van twee lichamen, waarna het eruit geduwd (of eruit gehaald – ook een keizersnede is een bevalling!) wordt op een manier die de wetten van de fysica lijkt uit te dagen. Het is ronduit indrukwekkend waar een vrouwenlichaam toe in staat is.

Een vrouw die bevalt, is krachtig. Zonder kracht komt de baby er niet uit. Maar ze is, net als de baby, ook erg kwetsbaar. Daarom heeft ze behoefte aan een plek waar ze veilig is, en zich veilig voelt. Wanneer stresshormonen als adrenaline en cortisol pieken, kunnen die andere hormonen die een bevalling initiëren

en begeleiden, verzachten zelfs, hun werk niet doen: oxytocine, endorfine, catecholamine, prolactine. Die bevallingshormonen floreren bij rust, aanraking, gedimd licht, gemoedelijk gepraat, kortom: bij jezelf kunnen overleveren aan je omgeving.

In tegenstelling tot andere zoogdieren zetten vrouwen van de menselijke soort in de regel hun kind niet alleen op de wereld. Bevallen doe je het best goed omringd, bij voorkeur door mensen die je kent en die weten wat je te wachten staat, want dat geeft opnieuw dat gevoel van veiligheid. Bevallen is in essentie een groepsgebeuren. Het blijkt zo specifiek te zijn voor onze menselijke soort dat zelfs ons talig vermogen eruit zou voortkomen.

Linguïst Sverker Johansson heeft er een ophefmakende theorie over ontwikkeld.⁶ Volgens Johansson was het in onze menselijke evolutie cruciaal om over een taal te beschikken, omdat vertrouwen en samenwerking van levensbelang waren om bevallingen tot een goed einde te brengen. Ook in de eerste levensjaren, waarin een mensenvrouw in vergelijking met dierenbaby's extreem kwetsbaar is, wordt taal belangrijk om de zorg voor die kleintjes te organiseren. Het is een interessante theorie, omdat ze kan aantonen hoe fundamenteel het is voor onze soort om voor elkaar te zorgen, zeker die eerste 1000 dagen.

De domeinen van zwangerschap en bevallen werden in de negentiende en twintigste eeuw in toenemende mate overgeheveld naar mannelijke en institutionele handen, daar waar ze voorheen toebehoorden aan vroede vrouwen uit de gemeenschap. Deze mannen baseerden hun reputatie op 'evidence-based' (wetenschappelijke), maar vooral ook op 'eminence-based' opleidingen, gestoeld op sekse en klasse.⁷ Vrouwenbewegingen reageerden en voerden een strijd tegen de patriarchale fundamenten waarop de medische sector steunde.

Op dat vlak is inmiddels al veel vooruitgang geboekt: patiënten worden steeds mondiger, hun keuzevrijheid tijdens de bevalling wordt belangrijk bevonden, sommigen maken een geboortepan op. Meer vrouwelijke gynaecologen studeren af en studies wijzen op de onzin van bepaalde vernederende of onzinnige handelingen (standaard lavement, standaard knip in het perineum, het afscheren van het schaamhaar...). Antropoloog Robbie E. Davis-Floyd noemt deze onzinnige handelingen 'rituelen': ze hebben geen aanwijsbaar medisch nut (integendeel), behalve dan het stellen van rituele daden. De witte doktersjassen en de formele uitspraken en handelingen dragen bij aan 'een esthetisch ritueel dat emotionele betekenis geeft aan het contact tussen dokter en patiënt dat het idee van genezing overstijgt'. Schrijver en activist Barbara Ehrenreich gaat een stap verder: 'Het [de rituelen] was dé manier om vrouwen in de pas van hun sociale rol te laten lopen: vernederende rituelen en daarna de fantastische "beloning" in de vorm van een kind.'⁸

*

Na de strijd tegen de moedersterfte en tegen de patriarchale fundamenteën van de medische sector dook een ander veelkoppig monster op: de lawine aan medisch-technische interventies.

De oorsprong van die interventies valt in eerste instantie te herleiden tot pogingen om het geboortekanaal groter te maken, zodat de baby (zogezegd) vlotter geboren kan worden. Notoir is de 'symfysiëtomie', een chirurgische ingreep waarbij door het kraakbeen en de ligamenten van het schaambeent wordt gesneden (of soms zelfs dwars door het schaambot heen), om zo het bekken ruimer te maken. Lange tijd was dit een alternatief voor keizersneden. Het opensnijden van

de buik van de moeder hield immers grotere risico's in. Toch werd de symfyiotomie nog lang nadat de risico's van een keizersnede sterk gedaald waren, toegepast.

In Ierland is er een beruchte zaak, waarbij zelfs de Mensenrechtencommissie van de Verenigde Naties opriep om een onderzoek in te stellen. Naar schatting moesten zo'n 1500 Ierse moeders tussen 1940-1990 een symfyiotomie ondergaan.⁹ Toestemming hiervoor hadden ze niet gegeven, het alternatief van een keizersnede werd hen niet voorgesteld. Veelal werd lokale verdoving toegepast, en die was gebrekkig. Het ging zo ver dat sommige vrouwen zelfs ná hun bevalling een symfyiotomie kregen, voor het geval de volgende keer minder vlot zou verlopen. Mensenrechtenactivisten wezen de streng katholieke, natalistische houding van de Ierse medische wereld met de vinger. Een symfyiotomie had gruwelijke gevolgen voor de moeder (arthritis, mobiliteitsproblemen, incontinentie, posttraumatische stress, relationele problemen, arbeidsongeschiktheid...) en voor het kind (risico op complicaties en grotere sterftekans, hersenschade, ontzeggen van contact met de moeder, die wekenlang moest herstellen). Maar hé, de baarmoeder van die vrouw bleef zo wel intact! Ze kon nauwelijks nog wandelen, maar wel nog veel kinderen produceren.¹⁰

De pogingen om baringspijnen te verzachten zijn gelukkig minder gruwelijk dan het openbreken van een bekken. 'Met smart zult gij kinderen baren', staat in het Oude Testament te lezen. Een kind op de wereld zetten is inderdaad intens pijnlijk (uitgezonderd misschien voor die enkelingen die tijdens een bevalling een orgasme krijgen). Eeuwenlang al worden middeltjes gebruikt om de pijn van arbeid en bevalling te verzachten, van kruidenmengsels tot aderlatingen. In de zestiende eeuw vond in Engeland een schijnproces plaats tegen

een aantal vrouwen die onderlegd waren in het bestrijden van baringspijnen. De vrouwen werden als kettens en heksen gebrandmerkt en belandden op de brandstapel. In 1847 beviel de eerste vrouw onder narcose met ether. Nog later sprak men van een ‘*anesthésie a la reine*’, in navolging van Queen Victoria, die onder verdoving van chloroform bevallen was. Begin twintigste eeuw werd de ‘*Dämmerschlaf*’ geïntroduceerd, een op morfine gebaseerd middel dat intraveneus werd toegediend waardoor de vrouw niets meer merkte van de bevalling (maar zich dus ook niets herinnerde). Niet lang daarna werd de epidurale anesthesie ontwikkeld en in de daaropvolgende jaren verfijnd.¹¹ Het recht op adequate pijnbestrijding werd ook een eis van feministische bewegingen wereldwijd. ‘Waarom zou je pijn lijden als het niet eens nodig is?’ wordt vaak gezegd over die epidurale, die ook ik gretig omarmde. ‘Bij de tandarts zou je toch ook geen verdoving weigeren?’

Pijnbestrijding tijdens arbeid en bevalling, hoe welkom ze ook mag zijn, is niet altijd zonder gevolgen voor moeder en kind. Het leidt ertoe dat de bevallende vrouw moet blijven liggen, omdat haar waarden en die van het kind gemonitord moeten worden. Nochtans is algemeen geweten dat beweging tijdens de arbeid het proces kan versnellen. Soms krijgt de baby in het geboortekanaal een schedelelektrode in de hoofdhuid geplaatst. De bevalling zelf vindt ook meestal op de rug plaats – zowat de minst aangewezen houding indien men wil samenwerken met de wetten van de zwaartekracht om dat mensje eruit te persen. Dat leidt vaak tot meer interventies: de zuignap of verlostang wordt bovengehaald. Niet zelden krijgen vrouwen een episiotomie, een knip in het perineum, om de baby vlotter geboren te laten worden. Opvallend is dat de cijfers van het zetten van zo’n knip enorm kunnen verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. Hetzelfde geldt voor het aantal keizersneden.

In ziekenhuizen waar artsen in loondienst werken, lijkt er meer ruimte te zijn voor vroedvrouwgeleide zorg. Dit houdt in dat er meer continuïteit in de zorgverlening zit en dat het bevallingsproces de tijd krijgt die nodig is. Daardoor zijn er minder onnodige interventies bij de moeder.¹² De uitkomsten voor de baby's zijn dezelfde. Ook het kostenplaatje is rooskleuriger: bevallen in een vroedvrouwgeleide unit in een welbepaald ziekenhuis is zo'n 20% goedkoper voor onze gezondheidszorg én voor de patiënt zelf dan bevallen in een verloskamer in datzelfde ziekenhuis.¹³ Het schoentje wringt op het vlak van de ziekenhuisfinanciering: het ziekenhuis loopt inkomsten mis. Beleidsmakers moeten de rol van zowel gynaecologen (specialisten in de pathologie) als vroedvrouwen (specialisten in de fysiologie) naar waarde schatten, en zorgen dat aan hun samenwerking een duurzaam financieel model gekoppeld wordt. Nalaten dat te doen heeft gevolgen voor vrouwenlichamen.

Bevallen doen we dezer dagen in een onbekende omgeving, met onbekende mensen om ons heen. Interventies zouden ons gerust moeten stellen. Tegelijk jagen ze ons lichaam angst aan: de felle lichten, de medische instrumenten, de geluiden van de monitor, de vaginale onderzoeken, de wissels in shiften van de vroedvrouwen, de onvoorspelbaarheid van welke dokter bij je bevalling aanwezig zal zijn. Die dokter staat bovendien onder hoge druk, want de wachtkamer zit vol ongeduldige patiënten terwijl hij of zij bij een bevalling moet assisteren. De zaken moeten dus vooruitgaan – opnieuw een gevolg van de ziekenhuisfinanciering. Het is bekend dat het (overmatige) gebruik van verloskundige interventies kan leiden tot een negatieve bevallingservaring, wat kan uitmonden in posttraumatische stress en psychologische problemen. Omgekeerd wordt een bevallingservaring positiever beschouwd wanneer een vrouw zich verbonden weet met haar omgeving.

Er wordt te weinig rekening gehouden met deze factoren. Want het ultieme doel (een gezonde baby) heiligt niet alleen de middelen, het negeert en minimaliseert ook alle bijwerkingen van de controle- en interventiedrang die onze bevallingen kenmerkt. Het weinige goeds dat we hadden kunnen overhouden aan bevallen in een grot enkele duizenden jaren geleden, is samen met de oncontroleerbaarheid van het proces op de schop gegaan. In de plaats kwamen parameters en interventies en techniciteit, heel vaak ten goede, maar almaar meer ten koste van menselijkheid.

*

Ik las ergens dat de manier waarop vrouwen bevallen, typeert hoe ze in het leven staan. Dat kan kloppen, maar het volgende geldt zeker en vast ook: de manier waarop onze samenleving is ingericht, typeert onze bevallingen.

Voor mij gaat dit alvast op, als ik terugblik op mijn eerste bevalling. Vanaf die eerste wee – die bezwaarlijk een wee kon genoemd worden – dacht ik dat ik mijn ‘jong zou werpen’. Ik verstijfde en wachtte. De verlossing zou zo’n 26 uur en vier medische interventies later plaatsgrijpen. Het was een volstrekt normaal proces, dat abnormaal werd gemaakt. Ik wist er niet genoeg over, ondanks de dertig boeken die ik las, drie podcastreeksen die ik beluisterde, twee zwangerschapscursussen die ik volgde, de maandelijkse afspraken bij de vroedvrouw en mijn zorgvuldig opgestelde geboorteplan. Ik dacht dat ik er klaar voor was, want ik was voorbereid, toch?

Het probleem was dat die overtuiging in mijn hoofd zat, niet in mijn lichaam. Ik had het allemaal wel ergens gelezen, maar nooit gezien of gevoeld, behalve tijdens de les biologie in een

filmpje dat we als tieners geacht werden wansmakelijk te vinden. Ik wilde de ervaring controleren, tot plots 'de natuur' het volledig overnam en me in tweeën zou splijten. Er waren geen vrouwen die met me meedeinden op de golven van de baringspijnen, die me over de haren hadden kunnen strijken, me hadden kunnen geruststellen. Erger nog, een uurtje voor ik zou bevallen (dat werd zo ingeschat), was er een wissel in de shift van het vroedvrouwenteam. Inmiddels werden talloze middelen intraveneus in me gepompt, maar klaarblijkelijk zat daar geen kalmeringsmiddel bij, afgaand op mijn reactie toen ik de nieuwe gezichten zag binnenwandelen.

Uiteindelijk werd mijn zoontje veilig en wel geboren, ook al hadden we beiden koorts en moesten we een aantal dagen in het ziekenhuis gemonitord worden. Enkele uren na de bevalling kwamen onze families op bezoek op de kraamafdeling. Niet om mij te voeden, de was te doen of om de baby eventjes te wiegen zodat ik kon slapen. Nee, er moest champagne worden gedronken (ik beken: ik had onze eerstgeborene eruit geperst op de verjaardag van mijn echtgenoot). Er waren cadeaus, om de een of andere reden zelfs een volledige *jamón serrano* mét staander en mes. Een godverdomde gedroogde varkenspoot nam ruimte in, in die veel te krappe ziekenhuiskamer waar ik aan het bloeden was, nog aan een infuus hing, nauwelijks kon rechtstaan en waar mijn borsten elk moment konden exploderen. Wat een onzin. De volgende keer zou ik het anders doen, zei ik.

Een aantal gelukzalige maanden volgden. De zomer was vol van het geschreeuw van gierzwaluwen en de plakkerige geur van vlierbloesems. Mijn kindje was perfect, alleen sliep hij niet. En dat probleem verergerde alleen maar in de mate dat ook mijn paniek over dit probleem toenam. Ik werd immers

geacht om drie maanden later opnieuw aan de slag te gaan, alsof er niks gebeurd was. Sterker nog, het was alsof mijn afwezigheid anderen toestemming gaf om hun eigen werk niet te doen en het naar mijn stapel 'op te pikken bij terugkomst' door te schuiven. Wat volgde, twee maanden na mijn werkhervatting, is wat mijn dokter als 'fysieke en mentale uitputting' omschreef. Een burn-out, al weiger ik het nog steeds zo te noemen. Achteraf bekeken is het zo duidelijk wat er zich voltrok in die donkere maanden: mijn baby van drie maanden oud was gewoonweg veel te klein om in de crèche te starten, en ik was onvoldoende hersteld om weer aan de slag te gaan. Mijn kleintje liep in de opvang het ene na het andere virus op, waardoor hij nog minder goed sliep, overprikkeld was en ons meesleurde in een pijnlijke vicieuze cirkel van proberen, herplannen, ploeteren – terwijl wij het waren die hem in die toxische cirkel hadden geworpen. Waar niemand het over had, was hoe onze maatschappij jong ouderschap nauwelijks accommodeert. De volgende keer zou ik het anders doen, zei ik.

De manier waarop ouders nieuw leven kunnen verwelkomen, heeft wel degelijk een impact, ook al doen we dat in het beste geval af als collateral damage zodra er een gezonde baby geboren wordt. Jaarlijks hebben minstens 40 miljoen vrouwen wereldwijd langdurige of blijvende gezondheidsproblemen in de nasleep van hun zwangerschap en bevalling. Dat is meer dan een derde van alle vrouwen wereldwijd die jaarlijks bevallen.¹⁴ Een op de twaalf ouders in ons land lijdt aan een parentale burn-out (het hoogste aantal onder 42 landen).¹⁵ Een op de vijf moeders krijgt in de periode tijdens of na de zwangerschap te maken met een psychische kwetsbaarheid. Dit kan gaan van ernstige stoornissen zoals een post-partumpsychose (3-5%), matige tot ernstige problemen (angst, depressie, 15%) en milde problemen (aanpassingsstoornis, 15-30%). Het Vlaams

Expertisenetwerk Perinatale Mentale Gezondheid schuift de volgende cijfers naar voren: bij een geboortecijfer van 68.000 bevallingen per jaar (in Vlaanderen), zullen ongeveer 15.640 moeders milde perinatale psychische problemen kennen, 10.880 matige problemen en 2720 ernstige problemen.¹⁶

Het is alsof kraamkoorts vervangen werd door postnatale depressie. En aangezien dat minder zichtbaar is, en net iets minder dodelijk, lijkt het minder ernstig.

In dezelfde periode waarin het aantal parentale burn-outs stijgt, wordt het ziekenhuisverblijf na een bevalling ingekort. Kleinere materniteiten moeten sluiten wegens niet rendabel. De rol van de vroedvrouw die aan huis langskomt om de postnatale opvolging te doen, wordt hierdoor des te belangrijker. Echter, op het moment van dit schrijven werd door de regering besloten, na tien jaar voorbereidend werk en onderhandelingen, dat vroedvrouwen als enige zorgberoep uit de eerstelijnszorg geen broodnodige verhoging van hun budget zien. Geconventioneerde vroedvrouwen kunnen tot op heden slechts 39 euro (bruto) vragen voor een huisbezoek vanaf de zesde dag na de bevalling. Zo'n huisbezoek neemt veelal tot één uur in beslag. Om hun werk rendabel te houden, zullen eerstelijnsvroedvrouwen massaal moeten deconventioneren. De betaalbaarheid van cruciale zorg bij aanvang van het jonge leven wordt hierdoor bepaalde groepen ontzegd. Ik hoef niet te betogen dat het net deze groepen zijn die baat hebben bij extra ruggeleuning. Dit is een voorbeeld van hoe beleidsmakers verbindingen tussen mensen doorknippen, met alle gevolgen van dien.